

## INFORME DE INVESTIGACION DE ACCIDENTES

EMPRESA:		LUGAR DEL ACCIDENTE:	
FECHA ACCIDENTE:	HORA:	FIRMA SUPERVISOR DIRECTO	
NOMBRE SUPERVISOR:	FECHA INF.:		

<b>IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR LESIONADO O INVOLUCRADO:</b>	
Nombre: _____	Antigüedad en el cargo: _____
Edad: _____	Antigüedad en la Empresa: _____
Cargo: _____	Parte del cuerpo lesionada: _____
Daños Materiales: _____	

<b>DESCRIPCION DEL ACCIDENTE (Cómo ocurrió)</b>

1. Indique ¿Por qué ocurrió el accidente?

2. Indique ¿Por qué ocurrieron los hechos indicados en el cuadro anterior? (1.)

3. Indique ¿Por qué ocurrieron los hechos indicados en el cuadro anterior? (2.)

4. Indique ¿Por qué ocurrieron los hechos indicados en el cuadro anterior? (3.)

5. Indique ¿Por qué ocurrieron los hechos indicados en el cuadro anterior? (4.)

SUGERENCIAS PARA EVITAR REPETICION DEL ACCIDENTE	Responsable ejecución	Fecha en que se IMPLEMENTÓ la recomendación.

SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES	Realizada por	Fecha

<b>Nombre y firma responsable cierre investigación</b>	<b>FECHA CIERRE INVESTIGACION:</b>
** Debe firmarse sólo cuando la inspección se halla cerrado	** El cierre es cuando se implementa la última recomendación